

El envejecimiento en la Medicina Española Contemporánea

ELVIRA ARQUIOLA

RESUMEN

La autora analiza la posición de la medicina española en el debate contemporáneo sobre la vejez, apoyándose para ello en los testimonios escritos de los médicos desde finales del siglo XIX hasta las décadas centrales de nuestra centuria, que muestran su coincidencia con la literatura médica occidental de la época.

ABSTRACT

The autor analyzes the position of Spanish medicine in the contemporary debate on age, leaning on for this in the written testimonies of the physicians from the ends of the XIXth Century of the central decades of our Century, showing their coincidence with the medical Western literature of the time.

Introducción

El aumento de la población longeva en los países occidentales conllevó, entre otras consecuencias, a la acumulación de individuos viejos en instituciones asistenciales: asilos y hospitales comenzaron a ver incrementarse entre sus muros a esta parte de la población, acerca de la que la medicina empezó a interesarse, iniciándose un amplio debate médico sobre la vejez que, en el caso español, comenzó a manifestarse plenamente a mediados de nuestra centuria.

Desde mediados del siglo XIX los médicos occidentales pretendieron dar respuesta a una serie de cuestiones relativas a la vejez: en primer lugar intentaron esclarecer el proceso de envejecimiento de acuerdo con el nivel de conocimientos que el desarrollo de las ciencias básicas y la medicina científico-natural permitía; se esforzaron en determinar el propio comienzo de la vejez y la etiología del envejecimiento, interrogándose acerca del carácter normal o patológico de este proceso; nos legaron obras recogiendo su experiencia clínica con sujetos longevos, comenzando así a ocuparse minuciosamente de las «enfermedades de los viejos»; se decantaron hacia la necesidad de desarrollar una nueva especialidad médica —la Geriatria— que se ocupase de los problemas médicos que planteaba la población longeva, y, por supuesto, se ocuparon de la lucha contra la vejez. Este interés creciente por la vejez permitió que a comienzos de nuestra centuria se acuñasen los términos de Gerontología y Geriatria y se fuese señalando la necesidad de recurrir a los abordajes multidisciplinarios para lograr un mejor conocimiento de los problemas planteados por aquella.

Vamos a ocuparnos en esta ocasión de analizar la posición de la medicina española en el debate contemporáneo sobre la vejez¹.

La delimitación de la vejez

Los textos de los médicos españoles, desde finales del siglo XIX hasta las décadas centrales de esta centuria, difieren a la hora de establecer el comienzo de la vejez, coincidiendo con los puntos de vista evidenciados en la literatura médica del resto de los países occidentales.

Entre los diversos médicos españoles que tratan de esta cuestión nos ocuparemos en primer lugar de Monlau, representante de los médicos-higienistas que eran los que prioritariamente se ocupaban de la vejez. Para este médico esta etapa de la vida se iniciaría a los 60 ó los 63 años y finalizaría con la muerte. Siguiendo a Hallé, la subdivide en tres etapas: Vejez incipiente o vejez verde, de los 60 a los 70 años en el varón y de los 50 a los 60 en la mujer; vejez confirmada o caduquez que hace durar hasta los 85 años y decrepitud o edad de los centenarios².

¹ El análisis del debate social y médico sobre la vejez en los países occidentales lo he analizado en ARQUIOLA, E. (en prensa), *La vejez a debate: Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*.

² MONLAU, P.F. (1857), *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*, 2 ed., Madrid, pp. 487, 492. Siguiendo las pautas establecidas en los estudios antropológicos que se estaban efectuando en Europa, Olóriz lleva a cabo un análisis sobre «La longevidad extrema en España»: OLORIZ, F. (1898), «La longevidad extrema en España», *Gaceta Médica de Granada*, XVI, n.º 10, pp. 1-8. En él señala las características sociológicas funda-

EL ENVEJECIMIENTO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA CONTEMPORANEA

A comienzos de nuestra centuria, en 1910, Amalio Gimeno Cabañas alude a la diversidad de opiniones mantenidas por los distintos autores para establecer la edad en que comienza la vejez: Hipócrates a los 56, Daubenton a los 63, Flourens a los 70, Littré como la mayoría de los autores a los 60, Durand-Fardel dice que cuando se pierde el poder generador; Quételet a los 40 para el hombre y a los 50 para la mujer, coincidiendo en ambos momentos con el peso máximo, mientras que Grasset opinará que el criterio cronológico no es determinante: «No hay que tener a un hombre por viejo en razón de su edad, sino en la del estado de sus órganos y, sobre todo, de su funcionamiento», punto de vista que compartirá Gimeno³.

Marañón hace coincidir el comienzo del período de decadencia con el climaterio e insiste en la necesidad de que sea entonces cuando se inicie la tarea preventiva, para evitar la aparición de achaques una vez instaurada la vejez.

A mediados de nuestra centuria los textos médicos siguen debatiendo acerca de la delimitación cronológica de la vejez. Beltrán Báguena diferencia un período presenil de 45-60 años; un período de baja senilidad de 61 a 75, y otro de alta senilidad a partir de los 76 años. Advierte que se trata sólo de una media y no de una tabla fija de valores, y considera que hay que distinguir: una «senilidad global» de celeridad variable, y una «senilidad parcial anticipada» que acontecería en un sector del organismo. Esta última se produce: por el uso excesivo de un órgano por la actividad profesional desarrollada, por el abuso forzado de alguna de nuestras funciones o por graves enfermedades, y a ella debe orientarse principalmente la acción preventiva, que se debe desarrollar en los años precedentes a la senectud⁴.

Piédrola Gil, en un breve folleto publicado en 1955, vuelve a retomar el tema distinguiendo cuatro etapas en la vida: evolucionar o de crecimiento (0 a 22), maduración o adultez (22-44), senescencia o presenium (40-68) e involución o decrepitud (62 a 100). Insiste también en la variabilidad de las fechas para determinar el comienzo de la vejez y señala que algunos autores distinguen dentro de ella a su vez diferentes etapas: presenium (40-60), senilidad baja (60-70) y alta senilidad a partir de los 70. Junto al criterio cronológico no olvida señalar Piédrola que la consideración social del anciano varía

mentales de los sujetos longevos en nuestro país, y concluye que, a finales del siglo XIX, era evidente la existencia de un número superior de sujetos centenarios respecto de otras naciones.

³ GIMENO, A. (1946), *La lucha contra la vejez*, 2.ª ed. Discurso leído en 1910 en la Real Academia de Medicina, Madrid, p. 29. León Cardenal al ocuparse de nuevo del tema señalará que las primeras manifestaciones de la vejez se producen entre los 45 y 50 años.

⁴ BELTRÁN BAGUENA, (1949), *Prevención de la vejez achacosa y cuidados de los ancianos*, Barcelona, Ed. Científico Médica, pp. 21-31.

en las distintas culturas y a lo largo de la historia, evidenciando así la valoración de los aspectos sociales y culturales en los escritos médicos españoles⁵.

El proceso de envejecimiento

Otra cuestión sobre la que se interesaron vivamente los médicos del siglo XIX y comienzos del XX fue el esclarecimiento del proceso de envejecimiento a la luz de los avances de las ciencias biomédicas, centrandó el debate fundamentalmente sobre sus posibles causas y sobre la necesidad de establecer su carácter «normal» o «patológico». Todo ello fue conocido por la medicina española, cuyos representantes se decantaron por unos u otros puntos de vista.

El primero de los autores españoles al que vamos a referirnos va a ser de nuevo el higienista Monlau para quien, desde el punto de vista físico, la vejez se identifica con atrofia y decadencia y, desde el punto de vista moral, la imagen es absolutamente negativa, concluyendo que: «La vejez es ya de por sí una enfermedad»⁶. Por contra, en el *Tratado práctico de las enfermedades de los viejos* aparecido en 1890, Lozano y Caparrós mantendrá que hay que considerar a los viejos como desgastados y no como enfermos. Aunque no considera al viejo como a un enfermo, sin embargo señalará que: «El estar sano de un viejo es tan diferente al estar fisiológico de otra edad, como diferente es la noche del día»⁷, aceptando un concepto de salud suficiente o relativa. Vemos, pues, en estos dos testimonios de médicos españoles de finales del siglo XIX, evidenciadas ya las dos posturas existentes acerca la normalidad o anormalidad del proceso de envejecimiento.

El análisis de las principales teorías sobre este proceso es abordado también a finales de la centuria por diferentes autores. En *Estudios sobre las enfermedades de los viejos*, aparecido en Barcelona en 1895 y del que es autor Soler Roig, se recogen algunas de las teorías existentes acerca del proceso de envejecimiento y el valor que este médico catalán les concede. Recuerda que para algunos autores las células llevan en sí los elementos de la vitalidad y de su propia destrucción, afirmando al respecto:

«Esto es una verdad palmaria, teniendo en cuenta empero, que si fuera dable encontrar medios que retardaran esa destrucción, retardaríase también

⁵ PIEDROLA GIL, G. (1955, a), *La Gerocultura, especialidad nueva de la Sanidad Nacional. Su estudio, necesidad y organización*, Madrid, Folletos editados por la Dirección General de Sanidad, p. 12.

⁶ MONLAU, P. F. (1857) *op. cit.*, pp. 487, 492.

⁷ LOZANO Y CAPARRÓS, E. (1890), *Tratado práctico de las enfermedades de los viejos*, Madrid, Establecimientos Tipográficos de G. Juste, pp. 31, 33, 419.

EL ENVEJECIMIENTO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA CONTEMPORANEA

el proceso evolutivo decadente y, al propio tiempo, ha de saberse que innumerables agentes exteriores juegan un papel importantísimo en la senilidad de las células, y si el protoplasma de las mismas, fuese, de un modo absoluto, asiento, lo mismo de la vida que de la muerte, sería inútil la intervención del médico en el organismo viejo y decadente; puesto que, según dicho principio, necesariamente había de morir, por más que se pretendiera lo contrario».

La lectura de este fragmento nos demuestra la importancia que concedía a la influencia de los factores externos, sobre los cuales era posible que el médico interviniese enseñando a regularlos, tal como hasta entonces venían haciendo los médico-higienistas. Pese a ello también se hace evidente en este autor la valoración de los factores internos, tal como manifiesta al definir la vejez, ocasión en que concluye: «En una palabra, la vejez es un proceso retrógrado, en el que la célula se atrofia y el elemento conjuntivo se hipertrofia». Para este médico el viejo está constantemente bajo el peso de una auto-infección sostenida constantemente por la destrucción de las células viejas, incapaces por su vejez de procrear células jóvenes⁸.

Una de las revisiones más completas sobre estas cuestiones es la que, a comienzos de la centuria, nos ofrece Amalio Gimeno Cabañas en el Discurso leído en 1910 con motivo de su ingreso en la Real Academia de Medicina, que llevaba por título: *La lucha contra la vejez*. En este discurso, analiza el controvertido tema del proceso de envejecimiento tal como se planteaba en la medicina finisecular.

Comienza Gimeno manifestando que, para él, la vejez no es una enfermedad, es una fase necesaria de la existencia. Está de acuerdo con Roesser al decir que «La vida, la vejez y la muerte no son más que formas de adaptación de la materia al medio».

Respecto del proceso de envejecimiento recuerda que Dastre, en *La vie et la mort*, defiende que el envejecimiento no tiene carácter definitivo ni intrínseco, en contra de la opinión de Conheim, J. Müller y Minot para los que la senectud es una fatalidad inscrita en la organización de la célula, consecuencia rigurosa de su misma vida. Por su parte confiesa:

«Yo estoy inclinado a creer que la vejez y la muerte empiezan al nacer, quizá antes, en el momento de la fecundación, resultando verdad que la una y la otra no son más que el término obligado de toda evolución».

convencido de que «vivir es evolucionar»⁹.

⁸ SOLER Y ROIG, J. (1895), *Estudios sobre las enfermedades de los viejos*, Barcelona, Establecimiento Tipográfico de Francisco Altés, pp. 4, 5.

⁹ GIMENO, A (1946), *op. cit.*, pp. 29, 32, 35.

Se opone a la opinión generalizada de que «no tenemos más edad que nuestras arterias», e igualmente se opone a las tesis de Metchnikoff que todo lo reduce a los fenómenos de fagocitosis. Considera que el papel concedido a las glándulas endocrinas es equívoco, siendo en su opinión necesario establecer qué es la causa y qué es el efecto; igualmente plantea reparos a las explicaciones histológicas que ven en los procesos de reproducción celular la explicación del proceso de vejez¹⁰.

Apoyándose en la opinión que Ramón y Cajal expone en su *Manual de Anatomía Patológica*, para quien:

«La vejez, total o parcial, del organismo, puede considerarse como un proceso fisiológico de atrofia y la edad excesiva se traduce en todos los tejidos no sólo por un achicamiento del tamaño de las células, sino por un aminoramiento notable en el proceso fisiológico de la regeneración»¹¹.

creará que la senectud empieza siempre por un retardo de la nutrición celular, hecho que puede acontecer en cualquier parte del cuerpo, cuya elección dependerá de:

«Las circunstancias individuales, el género de vida, algo heredado de los mayores, ciertas enfermedades padecidas, determinados vicios, son las causas íntimas que enfocan la senectud sobre tal o cual órgano, aparato o sistema».

Este deseo de conciliar el papel de la herencia con el de los factores externos, le lleva a inclinarse por la clásica imagen de la lámpara, insistiendo en la importancia de la «norma de vida»:

«Nuestra vida se gasta en virtud de una energía que tomó en el huevo fecundado, capital que se hereda y que no podemos acrecentar, y en la de otras energías que el medio exterior nos proporciona, y cuya sabia administración está al cuidado de nuestra voluntad; si vertemos imprudentemente el aceite, entregamos locamente la mecha a las aventuras o a los peligros de la imprudencia, si derrochamos lo que nos dieron, ¿qué vejez queremos tener y de qué vida larga gozar?

De acuerdo con esta imagen clásica, insistirá en recomendar la «moderación» como clave para lograr una vida larga y saludable¹².

¹⁰ *Ibid.*, 55-78.

¹¹ *Ibid.*, 37-41.

¹² *Ibid.*, 111.

A partir de ese momento podemos decir que los autores españoles se inclinarán por considerar la vejez como una etapa de la vida, insistiendo en defender su normalidad; así hará entre otros Martín Salazar al señalar que la vejez es un caso fisiológico, aunque siempre va acompañada de los trastornos consiguientes¹³. Con mayor detenimiento se ocupará de la cuestión Nóvoa Santos en su *Manual de Patología General*, aparecido en 1922. El médico gallego, aunque reconoce la existencia de un cuadro de «senectud precoz» que entra de lleno en el terreno de la patología —al igual que la «progeria» y la enfermedad de Alzheimer o demencia senil prematura—, cree que existe una senescencia fisiológica que no representa una enfermedad crónica, sino una fase obligada del ciclo normal de la vida, coincidiendo con la opinión de Amalio Gimeno para quien la vejez y la muerte comienzan al nacer y no son mas que término obligado de la evolución¹⁴. Para Nóvoa la involución senil fisiológica se traduce por el desarrollo de procesos atróficos y, en parte, también degenerativos extendidos a todos los órganos del cuerpo. La atrofia endocrina, que gozaba entonces de gran predicamento, no sería para él más que una manifestación de la involución senil que afecta a todos los órganos.

Entre los autores españoles, la figura que más extensamente se ocupó de la hipótesis endocrinológica fue Marañón, si bien su postura evolucionó a lo largo del tiempo. En 1915, en *La doctrina de las secreciones internas*, se declara defensor de las doctrinas pluriglandulares sobre el envejecimiento, llegando a defender la «autoopoterapia testicular» para lograr el rejuvenecimiento apoyando, primero con ciertas reservas, luego más decididamente, los ensayos que estaban llevando a cabo en este sentido Steinach y Voronoff¹⁵. Menor entusiasmo manifiesta en 1930 en el prólogo que hizo a la traducción de la obra de Lorand. En 1949, en su conferencia sobre «El aspecto endocrino del envejecimiento», declara estas doctrinas superadas, salvo en el aspecto concreto de la pérdida de la capacidad sexual que sigue identificando con la vejez. Se inclinará por compartir la opinión mantenida anteriormente por Cajal, según la cual, la supuesta eficacia de los tratamientos opoterápicos

¹³ MARTÍN SALAZAR, (1918), Sesión 6 abril 1918. *Anales de la Real Academia de Medicina*, t. 38, pp. 192-193.

¹⁴ NÓVOA SANTOS, R. (1922), *Manual de Patología General*, Santiago de Compostela, El Eco de Santiago, T. II, pp. 506-515.

¹⁵ MARAÑÓN, G. (1915), *La doctrina de las secreciones internas*, Madrid, Imp. Clásica Esp., Biblioteca Corona, 232; «Sobre la edad y la emoción», Madrid, p. 55. Respecto de las aportaciones de Marañón al estudio de la vejez existe una tesis de licenciatura hecha bajo mi dirección por PASCUAL SANTOS, J. (1984), *Vejez y Geriátría en la obra de Marañón*, Madrid, UCM.

estaba basada probablemente en la sugestión; no obstante, recomienda su empleo en las últimas etapas de la vida¹⁶.

También para Marañón resulta incuestionable el carácter normal de la vejez, reiterando la necesidad de que la atención médica se inicie en el período de comienzo de la involución, ya que es entonces cuando mayor eficacia se puede lograr. Marañón, lejos de identificar esta etapa con decadencia total, señala que, desde el punto de vista antropológico, se puede afirmar que es entonces cuando, intelectual y emocionalmente, se alcanza la plenitud, insistiendo vivamente en esta idea¹⁷.

En 1949 Beltrán Báguena, en el prólogo de su obra *Prevención de la vejez achacosa y cuidados de los ancianos*, señala: «envejecer no es una desgracia, sino una gran fortuna que no está reservada a todos los que nacen». La vejez no sería más que una etapa del ciclo biológico del ser viviente que comprende: período de desarrollo o evolución, período de estado y el tercer período sería el de involución. Reconociendo la dificultad de definir la vejez, la considera:

«como un proceso de pérdida gradual de la capacidad fisiológica de cada uno de los distintos órganos y sistemas orgánicos; disminución de actividades originada por la atrofia lenta y progresiva de aquellos tejidos que integran las partes anatómicas cuyo conjunto constituye el ser humano. Dicho en términos más sencillos: Desgaste de las distintas ruedas de la máquina humana y, consecuentemente, disminución de su rendimiento»¹⁸.

Pese a que la mayor parte de los médicos se inclinan por destacar el carácter «normal» de la vejez, no obstante, el propio Beltrán Báguena, en su intervención en la Semana Geriátrica celebrada en Madrid en 1949, afirma que «el nudo gordiano» seguía siendo «determinar si la vejez es una enfermedad». Admite que hay que aceptar la existencia de un estado normal en algunos órganos del anciano y aun en la totalidad del organismo senil; por ello propone crear una rama de la ciencia médica llamada «Gerontofisiología, Gerofisiología o más simplemente Fisiología senil». Sugiere recurrir a un neologismo, «normosenilidad», para referirse al contenido de esta nueva rama a la que, cree, deben colaborar geriatras y gerontólogos¹⁹.

¹⁶ MARAÑÓN, G. (1949), «El aspecto endocrino del envejecimiento». *Siete Conferencias sobre Geriátrica*, Madrid, Escelicer, luego recogida en *Obras Completas*, (1972), vol. III, Madrid, Espasa Calpe, 675-690. Véase también sobre esta misma cuestión JIMÉNEZ HERRERO, F. (1977, a) «Gregorio Marañón y la geriatría», *R.E.G.G.*, 5, pp. 403-406.

¹⁷ PASCUAL SANTOS, (1986), *op. cit.*, pp. 68 y ss.

¹⁸ BELTRÁN BAGUENA (1949), *op. cit.*, pp. 7, 19.

¹⁹ BELTRÁN BAGUENA, (1950), «Problemas Generales de la Geriátrica y la Gerontología» en *Siete Conferencias sobre Geriátrica* Madrid, Escelicer, pp. 5-7.

EL ENVEJECIMIENTO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA CONTEMPORANEA

Contundentemente se manifestará al respecto Vega Díaz cuando, en la presentación de esa misma Semana Geriátrica, afirma: «Envejecer no es enfermar. Envejecer es cambiar».

Por su parte, Grande Covián, en la conferencia que pronuncia con motivo de este mismo ciclo de conferencias, alude a la tendencia existente en determinados ambientes médicos a considerar a la vejez como un proceso morboso, criterio que entre otros había defendido Metschnikoff, para quien: «Considerar la vejez como un fenómeno fisiológico es, ciertamente erróneo». Por contra, cree que el conocimiento del envejecimiento fisiológico, ha de ponernos en camino para poder prevenir de modo eficaz el desarrollo de las enfermedades que dan a la vejez humana su aspecto patológico.

Desde el punto de vista fisiológico el envejecimiento debe ser considerado como:

«la suma de alteraciones irreversibles experimentadas por los seres vivos como consecuencia única y exclusiva del transcurso del tiempo y que se traduce en una disminución general de la capacidad funcional del organismo».

Para este autor el proceso fisiológico del envejecimiento comienza con la vida, la edad biológica no coincide con la edad cronológica y lo que caracteriza a la vejez es la disminución de la capacidad de adaptación.

Insiste en la necesidad de que se efectúe un estudio biológico del problema y cree que, de acuerdo con Mac Níder, la gran tarea en el campo de la gerontología es averiguar la causa química de la degeneración tisular, añadiendo: «cuando poseamos esta información quizá podamos ser capaces de proteger los tejidos frente a las influencias de la vejez». Junto a estos factores intrínsecos, vuelve a señalar la importancia de los factores externos que pueden influir en el proceso de envejecimiento, valorando entre ellos especialmente el factor nutritivo. En esta misma conferencia hace referencia a que, en el caso del hombre, el envejecimiento no se considera habitualmente como un puro proceso biológico, sino en estrecha relación con su significación sociológica, volviendo a aparecer señalada la dimensión social de la vejez²⁰.

También resulta interesante la detallada revisión que de las teorías existentes sobre el proceso de envejecimiento, efectúa Rodríguez Lafora en esa misma ocasión. Rodríguez Lafora se detiene a comentar especialmente la postura mantenida por H. Driesch -autor que desde el terreno de la embriología pasó a la filosofía, y que cambió su visión mecanicista de la Biología

²⁰ GRANDE COVIÁN, F. (1950) «El envejecimiento, problema fisiológico» en *Siete Conferencias sobre Geriátrica*, Madrid, Escelicer, pp. 29-59.

por un vitalismo entusiasta-, que interpreta el envejecimiento como desgaste, consecuencia del trabajo constante de la máquina humana. El desgaste es en realidad una propiedad de la materia viva al constituirse en organismo complejo. Las hipótesis sobre este desgaste son diferentes: para J. Loeb cada individuo recibe al nacer un *quantum* vital o cantidad de energía, bajo la forma de una hipotética sustancia química llamada X, que mediante el metabolismo va consumiéndose a lo largo de la vida; como factor externo influye el calor acelerando el consumo y el frío disminuyéndolo; otros biólogos, entre los que se encuentra Driesch, se oponen a esta interpretación señalando que la sustancia viva se caracteriza por su ilimitada capacidad de reproducción. Pearl, apoyándose en los experimentos de Carrel, considera que lo que acorta la vida de las células es su reunión con las demás células del organismo por acción de los productos metabólicos de desecho y la alteración del medio nutritivo intersticial; defiende el desgaste pero no a causa de la propia célula sino por un factor extrínseco a ella. Resalta Rodríguez Lafora la opinión de Driesch que mantiene que la mayoría de las manifestaciones de la vida son regidas por un dinamismo teleológico y por una armonía equipotencial o general, por lo que no puede reducirse a estructuras meramente materiales²¹.

A tenor de lo expuesto, podemos decir que a mediados de la centuria parecía que no había dudas acerca del carácter «normal» de la vejez, oponiéndose los médicos a la consideración de la vejez como enfermedad mantenida por algunos autores. Igualmente aparece evidente la idea de que, junto a los factores biológicos, era necesario abordar los factores antropológicos —como insistirá Marañón— y los sociales, tal como nos dice de nuevo Piédrola Gil al ocuparse de esta cuestión:

«Si la Medicina es en la actualidad ciencia médica y Social, a la vez que Arte, en el momento presente ha de prestar gran atención a la vejez, que no es enfermedad, sino fenómeno natural, inevitable y biológico, en el que se presentan numerosos problemas de tipo médico, sanitario, sociológico, económico y cultural»²².

En resumen, en los escritos de los autores españoles, quedan reflejadas las más importantes cuestiones concernientes al proceso de envejecimiento: las dificultades para establecer unánimemente la etapa a la que se llama

²¹ RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1950) «La involución senil del cerebro y sus tipos clínicos. Su valoración social» en *Siete Conferencias sobre Geriatría*, Madrid, Escelicer, pp. 123-181, 123,125.

²² PIÉDROLA GIL, G. (1955, b), *El envejecimiento de las poblaciones*, Madrid, Colección de Folletos para Médicos de la Dirección General de Sanidad, p. 6.

vejez; la dificultad de establecer el carácter normal o patológico del proceso; la gran diversidad de teorías e interpretaciones acerca de lo que la vejez es. Podemos apreciar en estos escritos médicos otros elementos: la valoración de los factores exógenos junto a los factores biológicos endógenos, haciendo especial énfasis en el factor alimentación; y por fin, la consideración de la dimensión antropológica y sociológica junto a la puramente médico-biológica²³.

Enfermedades de los viejos

Desde mediados de la centuria pasada, los médicos españoles estaban familiarizados con las obras médicas europeas dedicadas al tema de las enfermedades de los viejos; así lo demuestra el hecho de que circulasen entre nosotros y se citasen las principales obras existentes sobre el tema, especialmente las pertenecientes a autores franceses, y en lugar muy destacado la obra de Charcot.

No obstante, es de destacar que, aunque seguidores de los franceses, a veces hicieron pequeñas aportaciones no despreciables: tal es el caso de Lozano Caparrós que en su *Tratado práctico de las enfermedades en los viejos y de las enfermedades crónicas* dice seguir el camino señalado por Pinel e iniciado por Landré-Beauvais; Rostan, etc. No obstante, no pierde la ocasión el médico español de afirmar que estas enfermedades no son «de» los viejos, y por tanto no requieren tratamiento especial alguno. Más que especialistas en enfermedades «de» los viejos, cree este autor que se debe hablar de especialistas en enfermedades «en» los viejos²⁴.

Un lustro después Soler Roig, considerando incompleto este tratado, elaborará otro en el que pretende ocuparse de todas las enfermedades de la vejez, queriendo así cultivar una «especialidad digna de tanta atención y estudio como puedan tenerlo el sinnúmero de especialidades con que cada día va enriqueciéndose la medicina». Cree que, como proponía Turck, habría que fundar una sociedad que tuviese como finalidad el estudio de la vejez y los medios de combatirla; que estuviere mantenida económicamente por las aportaciones de los viejos ricos²⁵.

²³ La incorporación de los factores psicológicos y sociales en los estudios sobre la vejez efectuados allende nuestras fronteras la he estudiado en ARQUIOLA, E. (en prensa), *La vejez a debate*. Las repercusiones de estas teorías en la toma de medidas para luchar contra la vejez en el caso español la he analizado en ARQUIOLA, E. (1994) «La profilaxis de la vejez en España en las primeras décadas del siglo XX», *Dynamis*.

²⁴ LOZANO Y CAPARRÓS, E. (1890), *op. cit.*, pp. 28, 71.

²⁵ SOLER Y ROIG, J. (1895), *op. cit.*, p. IV.

Para Marañón, las enfermedades presentadas en este período de la vida estarían en relación directa con la patología del climaterio, proceso que cree depende de la «crisis glandular» que se desarrolla por insuficiencia ovárica o testicular, y en la que también intervienen las demás glándulas de secreción, tal como expone en *La edad crítica* en 1919. Tras los años cincuenta es evidente un cambio de opinión que se manifiesta restando importancia a la teoría hormonal, tal como se evidencia en «Sobre el climaterio masculino» (1954), opinión que reiterará dos años más tarde en el «Estado actual del problema del climaterio»²⁶. Entre la patología relacionada con el climaterio tratará el senilismo climatérico o involución senil adelantada, una especie de vejez prematura debida a un cuadro de insuficiencia pluriglandular, la menopausia tardía, hiperemotividad, melancolía climatérica y psicosis arteriosclerótica, diabetes, hipertensión, aumento del colesterol, arteriosclerosis e hipertiroidismo senil. Junto a ellas, estarían los reumatismos crónicos, cuya mayor parte se relacionaría también con el proceso climatérico, la cistitis climatérica y vejiga senil, las cataratas y las alteraciones auditivas secundarias al cuadro de esclerosis generalizada²⁷.

Beltrán Báguena, abundando en el carácter preventivo que debe tener la lucha contra la vejez, insiste en la necesidad de llevar a cabo revisiones periódicas para lograr diagnósticos precoces, como se hace en Estados Unidos de América a instancias de las compañías de seguros. El cuidado del anciano enfermo demuestra la alta frecuencia de procesos como: arteriosclerosis, enfermedades cardíacas, bronquitis, bronconeumonías, enfermedades febriles, enfermedades de las vías digestivas, enfermedades del sistema nervioso — se refiere a la apoplejía como enfermedad nerviosa senil por excelencia—, enfermedades del aparato urinario y enfermedades del aparato locomotor. Especial atención le merecen las alteraciones que se producen en el psiquismo senil caracterizadas fundamentalmente por pérdida de memoria y alteraciones de la afectividad²⁸.

José L. Arteta, al disertar sobre la «morfología patológica del anciano», propone considerar la patología del viejo, no como una patología propia del mismo, sino como una «patología modificada por la senectud», es decir «en el viejo», tal como años antes insistía Lozano Caparrós²⁹.

²⁶ MARAÑÓN, G. (1976), *Obras Completas*, Madrid, Espasa Calpe, T. IV, 963-970.

²⁷ MARAÑÓN, G. (1919), *El climaterio de la mujer y del hombre*, luego recogido en *Obras Completas*, (1972), VIII, 9-248.

²⁸ BELTRÁN BAGUENA (1949), *op. cit.*

²⁹ ARTETA, J.L. (1950) «Morfología patológica del anciano» en *Siete Conferencias sobre Geriatría*, Madrid, Escelicer, pp. 63-84.

El desarrollo de la Geriatria

La atención médica a las enfermedades «de» o «en» los viejos había llevado, a comienzos de la centuria, a que se empezase a hablar de «Geriatria» en los Estados Unidos de América. La Geriatria surgía como la rama de la medicina que debía abordar los problemas médicos de la vejez. Progresivamente se fueron constituyendo sociedades geriátricas en distintos países, desempeñando en este proceso Gran Bretaña y Estados Unidos un papel pionero. Veamos cual fue la postura que adoptaron los médicos españoles respecto de este desarrollo.

La institucionalización de la Geriatria tiene lugar entre nosotros a mediados de la centuria, años en los que se producen una serie de acontecimientos: en 1947 Beltrán Báguena crea en la Facultad de Medicina de Valencia la primera cátedra de Geriatria que impartirá docencia de doctorado; ese mismo año se crea el servicio de Geriatria en el Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza en Barcelona bajo la dirección de Panella Casas, y se inician, desde Madrid, los trámites para la constitución de la Sociedad Española de Geriatria, que se funda el 17 de mayo de 1948 bajo la presidencia honorífica de Gregorio Marañón y Teófilo Hernando, cuya presidencia y secretaría ocuparon Beltrán Báguena y Vega Díaz respectivamente. Coincidiendo con este creciente interés por la Geriatria se crea en 1949 el Departamento de Geriatria del Instituto de Patología Médica del Hospital General de Madrid que dirigía Gregorio Marañón, cuya inauguración coincide con la celebración de la «Semana Geriátrica», a la que ya hemos hecho referencia, y en la que intervinieron: Arteta, Beltrán Báguena, Grande Covián, Teófilo Hernando, Gregorio Marañón, Rodríguez Candela y Rodríguez Lafora con diferentes conferencias, posteriormente publicadas en 1950 con el título *Siete Conferencias sobre la vejez*, precedidas de una introducción de Vega Díaz. En esa introducción, nos dice Vega Díaz, que la paternidad de esta Semana se debe a Marañón. A la clausura de este ciclo asiste Palanca, Director General de Sanidad que estuvo ligado a las principales iniciativas desarrolladas en torno a la vejez durante aquellos años. En 1950 tuvo lugar la celebración del Primer Congreso Nacional de Geriatria³⁰.

La iniciativa de los médicos españoles a favor del desarrollo de la Geriatria, y las dimensiones que los problemas relacionados con la asistencia y cuidado de la población anciana iban alcanzando allende nuestras fronteras

³⁰ De la escasa bibliografía que existe sobre esta cuestión véase: JIMÉNEZ HERRERO, F. (1976) «1926-1976: cincuenta años de la geriatría en España», *Gaceta Médica Española*, 8, 377-532; (1977, b) «La aportación hispánica al desarrollo de la geriatría y la gerontología», *R.E.G.G.*, 4, 381-388. La institucionalización de los estudios sobre la vejez en los países occidentales la he analizado en ARQUIOLA, E. (en prensa), *La vejez a debate*.

—con cierto retraso en nuestro propio país—, llevó a la creación de la Sección de Gerocultura y Geriatria de la Dirección General de Sanidad en 1955, siendo Palanca Director General de Sanidad. Tras estos años decisivos en el desarrollo de la Geriatria española hay que anotar que, en 1966, se funda la *Revista de la Sociedad Española de Gerontología y Geriatria* como órgano de expresión oficial de la Sociedad y de los médicos preocupados por las cuestiones geriátricas, entre los que destacaron, ya en esta segunda mitad de la centuria, Calvo Melendro en el Hospital Provincial de Soria, Jiménez Herrero en el Hospital de la Cruz Roja de La Coruña y Salgado Alba en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid, por citar sólo a los más representativos. En 1978, como resultado del esfuerzo de estas instituciones y de las personas a ellas vinculadas, se reconoce oficialmente la Geriatria como especialidad en nuestro país.

Gran parte de las primeras acciones emprendidas durante los años centrales del siglo XX por institucionalizar la Geriatria en España estuvieron impulsadas por Gregorio Marañón, por lo que no es extraño que algunos de los autores se declaren seguidores de sus puntos de vista o de su magisterio; sin querer decir con esto que todas las opiniones encontradas sean unánimes, sí podemos afirmar que existen coincidencias en los puntos fundamentales.

Marañón consideraba incuestionable que si la atención médica sobre los temas de la vejez no había sido hasta entonces suficientemente rigurosa, había llegado el momento en que la Geriatria se constituyese en una «ciencia verdadera», como era la Pediatría, siendo su objetivo:

«el estudio de la fisiología de una edad y de sus peligros específicos; para tratar de evitar estos peligros y hacer a aquélla y a la etapa fisiológica, más larga y más útil»³¹.

Aunque en la conferencia de clausura del I Congreso Nacional de Geriatria Marañón manifiesta su convicción de que... «la geriatria (sería) en breve una de las ramas más importantes de la medicina»³², no obstante, tal como afirma Jiménez Herrero, ésta no sería para él una «especialidad» en sentido

³¹ MARAÑÓN, G. (1950), «Climaterio y Senilidad», *Obras Completas*, (1975) T. III, 697-709. Citado por PASCUAL SANTOS, (1986), *op. cit.*, p. 41. El ejemplo de la Pediatría había servido de modelo a Nascher para acuñar en 1909 el término de Geriatria, manteniendo que la Gerontología se ocuparía del estudio básico de la vejez, mientras que la Geriatria lo haría del aspecto médico. La mayoría de los autores europeos tardaron en incorporar el nuevo término puesto que creían que el de Gerontología, que había sido propuesto por Metchnikoff con anterioridad, era más amplio y lo comprendía.

³² MARAÑÓN, G. (1950), «Climaterio y Senilidad», *Actas del I Congreso Nacional de Geriatria*, Zaragoza, 1950, luego recogido en *Obras Completas*, (1975), III, 697-709.

estricto, sino la «medicina general de la vejez». Jiménez Herrero, discípulo de Marañón, considera que tanto éste como Blanco Soler procuraron «que sus alumnos practicasen una medicina geriátrica integradora de todas las especialidades al servicio del anciano»³³. Todavía más, añade en otro lugar:

«Nos inculcó que el ser especialidad la geriatría era cuestión secundaria, no fundamental para su practicante, porque, según él, si algún médico puede tener el orgullo de no ser etiquetado de especialista es el geriatra, que tiene que conocer y tratar la suma total de la vida humana, que llega a sus manos en el período final, con una patología imbricada de problemas sociales, psicológicos y morales»³⁴.

Esa visión integradora de la «medicina geriátrica» se correspondería plenamente con la visión globalizadora e integradora que de la medicina tenía Marañón. De acuerdo con sus puntos de vista esta rama de la medicina iba a desempeñar un importante papel en el futuro, pero le parecía indispensable que la medicina geriátrica fuese de carácter integrador. Igualmente insistía en señalar la necesidad de que ampliase su campo de responsabilidad que debía abarcar desde el inicio del proceso de involución, es decir la etapa que va de la madurez a la vejez propiamente dicha, hasta la vejez extrema, la decrepitud y la muerte, ya que para él, el declinar era un largo proceso que se inicia entre los veinte y treinta años, y el comienzo de la vejez se podía establecer coincidiendo con el climaterio³⁵. Estas son las palabras del propio Marañón sobre esta cuestión:

«El campo de estudio de la geriatría debe ser, ante todo, la involución. Debe comprender, claro está, la vejez y la vejez extrema, la decrepitud, sumando los progresos de la técnica al santo y empírico ejercicio de la caridad. Pero su objeto verdadero, el rigurosamente científico, ha de ser la involución»³⁶.

Tal como a continuación veremos, esas ideas serán mantenidas por la mayoría de los autores reunidos en la famosa «Semana Geriátrica», si bien ninguno de ellos insistirá tanto en la patología del climaterio que era una de las parcelas más importantes de la obra de Marañón.

³³ JIMÉNEZ HERRERO, F. (1977, a), *op. cit.* pp. 381-388.

³⁴ JIMÉNEZ HERRERO, F. (1977, a), *op. cit.*, 403-406.

³⁵ JIMÉNEZ HERRERO, F. (1977, a), *op. cit.*, 381-388. MARAÑÓN, G. «Climaterio y Senilidad» (1950), *Actas del I Congreso Nacional de Geriatría*, Zaragoza, *Obras Completas* (1975), III, 697-709; MARAÑÓN, G. (1950) «El aspecto endocrino del envejecimiento» en *Siete Conferencias sobre Geriatría*, Madrid, Escelicer, 185-205.

³⁶ PASCUAL SANTOS (1986), *op. cit.*, pp. 44-45.

En la introducción a las *Siete Conferencias sobre la vejez*, Vega Díaz expone su opinión acerca de la constitución de la Geriátría en especialidad; para él ya que «en la Geriátría se abarca toda la medicina, no debe considerarse una especialidad como puedan ser otras», señalando:

«Actitud y criterio de englobamiento conceptual que es lo que da sustancia a la Medicina geriátrica».

Para Vega Díaz, la Geriátría es el sector de la medicina que se cuida del anciano y se ocupa del estudio del estado de salud o enfermedad del que envejece y del viejo. La Geriátría estaría a su vez englobada dentro de la Gerontología que comprendería: la biología de la senescencia, la geriátría y la sociología del envejecimiento, que hace también equivalente a la expresión orteguiana «humanidades del envejecimiento»³⁷. Considera que se encuentran en la fase que Stieglitz llamó «geriátría constructiva» tendente no sólo a curar o prevenir las enfermedades degenerativas sino a contribuir a la elaboración de una salud mejor³⁸.

Con ocasión de esas mismas conferencias Beltrán Báguena se ocupa de «Problemas Generales de la Geriátría y la Gerontología» comenzando su exposición por revisar los problemas terminológicos. Para él, Gerontología sería la «ciencia biológica que estudia los fenómenos específicos que caracterizan el envejecimiento en las distintas especies de las escalas animal y vegetal, incluso en el hombre»; mientras que la Geriátría es la parte de la medicina que trata exclusivamente de las enfermedades «de» y «en» la senectud. Comparte la opinión de Piersol y Bortz para los que la Geriátría es una ciencia, no solamente para añadir años a la vida, sino, lo que es más importante, para añadir vida a los años, señalando así la dimensión social de esta rama de la medicina³⁹.

Respecto de la conversión de la Geriátría en especialidad médica no difiere mucho Beltrán Báguena de las opiniones expuestas, tal como pone de manifiesto en la siguiente aseveración: «no podemos admitir que, por hoy, la especialización en este aspecto de la ciencia sea un medio de hacerla progresar». Cree que debe ser «labor de patólogos generales casi más todavía que de clínicos de medicina interna», no de especialistas de los distintos aparatos, y señala que el geriatra debe tener envidiables condiciones psicológicas⁴⁰.

Piédrola Gil, en 1955, abogará por crear la especialidad de Geriátría en el Seguro de Enfermedad y reclamará la participación activa de los geriatras en

³⁷ VEGA DÍAZ (1950), *op. cit.*, p. x.

³⁸ *Ibid.*, xii.

³⁹ BELTRÁN BAGUENA (1950), *op. cit.*, pp. 3-26.

⁴⁰ *Ibid.*, 8-11, 25.

las Secciones de Vejez del INP y en las de los Consejos Generales de Colegios médicos. Para este autor también parece inexcusable aclarar términos con los que la sociedad española todavía no se encontraba familiarizada: por ello se ocupa de precisar el significado de «Gerontología» que él entendería como ciencia biológica que se ocupa de la vejez y que estudia las modificaciones fisiológicas de la senectud; «Geriatría» o «Gerontiatría» que sería la medicina de la vejez, es decir la parte de la medicina que trata los trastornos y enfermedades peculiares de la edad avanzada, la patología del anciano, las variaciones clínicas que presenta ante los procesos comunes y la terapéutica que precisa; «Gerocultura», «Geroprofilaxis» o «Gerontocomía» sería el arte de cuidar de los viejos y de los que van a serlo, para conseguir una vejez saludable, e incluye factores sociológicos y económicos. Personalmente este autor concede gran importancia a los aspectos concernientes a la prevención, intentando evitar la vejez prematura y retrasar el proceso de senescencia, y a la medicina de adaptación con gran atención al campo psicosomático. Esos aspectos de la medicina debían ser desarrollados por el médico práctico y por el Servicio Nacional de Sanidad, reclamando así un papel para las instituciones⁴¹.

La necesidad de incorporar distintas disciplinas en el estudio de la vejez y de coordinar la labor médica dentro de una estructura más amplia que englobase el cuidado y la atención del anciano, era evidente ya en los textos médicos de mediados de la centuria, en los que se manifiesta igualmente la influencia de aquellos países donde con cierta anticipación respecto de nosotros se estaban desarrollando programas e instituciones de protección a la vejez⁴².

Años después, y de acuerdo con esta convicción, la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría la definía como una «rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y sociales de la salud y enfermedad de los ancianos», abarcando de manera integral la problemática relativa a la ancianidad, superando la visión más restringida que hacía de ella exclusivamente la «medicina interna de los ancianos»⁴³.

⁴¹ PIEDROLA GIL, G. (1955, a), *op. cit.*, p. 81.

⁴² Véase ARQUIOLA, E. (en prensa), *La vejez a debate*.

⁴³ SALGADO ALBA, A., «La mayoría de edad de la Geriatría», *Medicine*, 86, Geriatría I, 3313-3318.

ELVIRA ARQUIOLA

Cuando llegaban a nuestra Redacción las primeras pruebas de este trabajo, su autora, Elvira Arquiola, fallecía en Madrid tras una larguísima enfermedad que supo sobrellevar con un temple, una fortaleza y un valor que serán siempre ejemplo admirable para cuantos la conocimos, respetamos y quisimos. Colaboradora habitual de Asclepio, a cuyo Consejo de Redacción perteneció a lo largo de trece años, propuesta recientemente para formar parte de su nuevo Consejo Asesor, queremos que estas apresuradas líneas sean expresión del permanente recuerdo de lo que para nosotros significaron su vida y su obra, y de gratitud eterna por el testimonio de entereza que nos legó con su actitud ante la muerte.

A.A.T.